

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1922-1923 — N° 137

---

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS DU MESOCOLON ASCENDANT

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923.

PAR

Bernard-Louis-Stanislas BELLIARD

Né à Ecrouves et Grandménil (Meurthe-et-Moselle) le 22 Août 1897

---

Examineurs de la Thèse

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| MM. GUYOT, professeur ..... | <i>Président.</i> |
| POUSSON, professeur .....   |                   |
| DUVERGEY, agrégé .....      | <i>Juges.</i>     |
| PAPIN, agrégé .....         |                   |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES  
8, Rue de Cursol, 8

---

1923







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1922-1923 — N° 137

---

# CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TUMEURS DU MESOCOLON ASCENDANT

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Juillet 1923.

PAR

Bernard-Louis-Stanislas BELLIARD

Né à Ecrouves et Grandménil (Meurthe-et-Moselle) le 22 Août 1897

---

|                        |   |                             |   |            |
|------------------------|---|-----------------------------|---|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. GUYOT, professeur ..... | { | Président. |
|                        |   | POUSSON, professeur .....   |   | Juges.     |
|                        |   | DUVERGEY, agrégé .....      |   |            |
|                        |   | PAPIN, agrégé .....         |   |            |

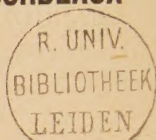
---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES  
8, Rue de Cursol, 8

---

1923

# FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.  
**PROFESSEURS HONORAIRES :**  
 MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

## PROFESSEURS :

| MM.                            |              | MM.                             |              |
|--------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| Clinique médicale .....        | ARNOZAN.     | Clinique ophtalmologique....    | LAGRANGE.    |
| id. ....                       | CASSAET.     | Clinique chirurgicale infantile |              |
| Clinique chirurgicale .....    | CHAVANNAZ.   | et orthopédie .....             | DENUCE.      |
| id. ....                       | VILLAR.      | Clinique gynécologique.....     | BEGOUIN.     |
| Pathologie et thérapeutique    |              | Clinique médicale des mala-     |              |
| générales .....                | CRUCHET.     | dies des enfants .....          | MOUSSOUS.    |
| Clinique d'accouchements ..    | RIVIERE.     | Chimie biologique et médicale   | DENIGES      |
| Anatomie pathologique et mi-   |              | Physique pharmaceutique ...     | SIGALAS.     |
| croscopie clinique .....       | SABRAZES.    | Médecine coloniale et clin.des  |              |
| Anatomie .....                 | PICQUE.      | maladies exotiques .....        | LE DANTEC.   |
| Anatomie générale et histolo-  |              | Clinique des maladies cuta-     |              |
| gie .....                      | G. DUBREUIL. | nées et syphilitiques ....      | W.DUBREUILH. |
| Physiologie .....              | PACHON.      | Clinique des maladies des       |              |
| Hygiène .....                  | AUCHE.       | voies urinaires .....           | POUSSON.     |
| Médecine légale et déontolog.  | VERGER.      | Clinique des maladies nerveu-   |              |
| Physique biologique et cliniq. |              | ses et mentales .....           | ABADIE.      |
| d'électricité médicale ....    | BERGONIE.    | Clinique d'oto-rhino-laryngol.  | MOURE.       |
| Chimie .....                   | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appli-   |              |
| Botanique et matière médicale  | BEILLE.      | quée .....                      | BARTHE.      |
| Pharmacie .....                | DUPOUY.      | Hydrologie thérapeutique et     |              |
| Zoologie et parasitologie .... | MANDOUL.     | climatologie .....              | SELLIER.     |
| Médecine expérimentale ....    | FERRE.       |                                 |              |

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)  
 CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM.                                             |                  | MM.                      |            |
|-------------------------------------------------|------------------|--------------------------|------------|
| Anatomie et embryologie....                     | N... N...        | Médecine générale .....  | DUPERIÉ.   |
| Histologie .....                                | LACOSTE (chargé) | id. ....                 | CREYX.     |
| Physiologie .....                               | DELAUNAY.        | id. ....                 | MICHELEAU. |
| Anatomie pathologique.....                      | MURATET.         | Maladies mentales .....  | PERRENS.   |
| Parasitologie et sciences na-<br>turelles ..... | R. SIGALAS (ch.) | Médecine légale .....    | LANDE.     |
| id. ....                                        | N...             | Chirurgie générale ..... | ROCHER.    |
| Physique biologique et médic.                   | RECHOU.          | id. ....                 | DUVERGEY.  |
| Chimie biolog. et médicale...                   | N...             | id. ....                 | PAPIN.     |
| Médecine générale .....                         | PETGES.          | Obstétrique .....        | PERY.      |
| id. ....                                        | J. CARLES.       | id. ....                 | FAUGÈRE.   |
| id. ....                                        | MAURIAC.         | Ophtalmologie .....      | TEULIERES. |
| id. ....                                        | LEURET.          | Pharmacie .....          | N...       |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| COURS COMPLÉMENTAIRES.                                                                                  |             | COURS COMPLÉMENTAIRES.                                   |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------|-------------|
| MM.                                                                                                     |             | MM.                                                      |             |
| Clinique dentaire .....                                                                                 | CAVALIE.    | Démonstrations et prépara-<br>tions pharmaceutiques .... | LABAT.      |
| Thérapeutique et pharmaco-<br>logie .....                                                               | CARLES.     | Chimie .....                                             | RANGIER.    |
| Médecine opératoire .....                                                                               | N.          | Puériculture .....                                       | PETGES.     |
| Accouchements .....                                                                                     | FAUGERE.    | Pathologie interne .....                                 | CREYX.      |
| Ophtalmologie .....                                                                                     | CABANNES.   | Pathologie externe .....                                 | PAPIN.      |
| Puériculture .....                                                                                      | ANDERODIAS. |                                                          |             |
| Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre<br>et les infirmes..... |             |                                                          | MM. ROCHER. |
| Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle                                  |             |                                                          | GOURDON.    |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS  
DE MES ONCLES ET DE MA TANTE

A MON PÈRE

MÉDAILLÉ MILITAIRE

OFFICIER D'ACADÉMIE

OFFICIER DU NICHAM-IFTIKHAR

CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL D'ISABELLE LA CATHOLIQUE

Qui n'a jamais cessé de me montrer le  
chemin de l'honneur et du devoir.

A MA MÈRE

Bien modeste témoignage de la reconnaissance et de l'affection que je lui dois pour tous les sacrifices qu'elle s'est imposée pour moi.

A MON FRÈRE

## A MES TANTES

Et particulièrement à ma tante TOURET  
qui a été pour moi comme une seconde  
mère.

## A MES ONCLES

## A MES PARENTS ET A MES AMIS

## A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
**MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT**  
CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX  
CHIRURGIEN TITULAIRE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ  
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE  
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui avec son talent habituel a contribué dans la plus large mesure à notre éducation professionnelle; n'a cessé de nous accorder sa bienveillance et nous permettra de lui adresser ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

# Contribution à l'Etude des Tumeurs du Mésocolon ascendant

Les tumeurs des différents mésocolons sont parmi les plus rares tumeurs abdominales. Longtemps, elles ne furent découvertes qu'au moment de l'autopsie ou de l'intervention chirurgicale.

Ce n'est guère que depuis cinquante ans que des recherches systématiques ont été entreprises à leur sujet. Elles ont permis de les classer comme des affections possédant des caractères cliniques, pouvant les différencier des autres tumeurs abdominales bien que souvent le diagnostic en soit très délicat. Ayant eu la bonne fortune de nous trouver, dans le service de Monsieur le Professeur Guyot, en présence d'un cas de cette espèce, nous avons fait dans la presse médicale française et étrangère des recherches qui nous ont permis d'établir que des tumeurs de ce genre sont plutôt rares, car nous n'y avons trouvé qu'un nombre restreint d'observations.

Avant d'entrer dans notre sujet, rappelons quelques notions d'anatomie qui permettront de bien envisager la question. Le colon ascendant, encore appelé colon lombaire droit, fait suite au cœcum et s'étend jusqu'à la face inférieure du foie où il se coude à angle droit pour former le colon transverse. Cet organe profondément situé dans la fosse lombaire droite est revêtu par le péritoine qui, tantôt passant au-devant de lui, tantôt en arrière, lui forme alors le repli qui nous intéresse particulièrement et qu'on appelle le mésocolon. C'est cet organe qui le fixe à la paroi posté-

rière de l'abdomen, mais il semble, d'après Testut, être exceptionnel, car on ne le rencontre pas régulièrement.

Quant à la partie supérieure du colon ascendant, c'est-à-dire, celle qui correspond au coude du colon avec le colon transverse, elle est reliée au foie par un ligament dit hépatocolique qui semble indépendant du mésocolon ascendant.

Étudions le mésocolon ascendant. Sur l'appendice cœcal, le péritoine se comporte exactement comme sur une anse intestinale grêle, car il l'entoure sur presque tout son pourtour. Très rarement, il forme en arrière du cœcum un repli plus ou moins développé, c'est-à-dire, un mésocolon qui rattacherait cet organe à la fosse iliaque droite. Quant au mésocolon ascendant propre, on voit au niveau du colon le péritoine abandonner la paroi antérieure pour se jeter sur lui et revêtir successivement sa face antérieure et sa face externe; puis, il se jette de nouveau sur la paroi abdominale. La face postérieure du colon ascendant est donc respectée par la séreuse péritonéale. Elle repose directement sur les plans sous-jacents. C'est là, la disposition ordinaire. Suivant les recherches de Trèves, on rencontrerait cette formation dans 64 % des cas. Testut voit, dans 34 % des cas, le péritoine revêtir le colon ascendant sur toutes ses faces, formant alors un mésocolon bien net.

On s'est demandé la cause de cette disposition. Il est utile de se rappeler, à ce propos, que chez l'embryon, le colon ascendant est comme les autres colons pourvu de méso. Ceux-ci disparaissent au cours du développement par accolement de leur face postérieure avec le péritoine pariétal postérieur; en ces points, il y a coalescence des feuilletts. Si cet accolement est nul, le méso persiste; s'il est incomplet, on verra se former une cavité qui peut être ainsi à l'origine d'un kyste du mésocolon ascendant. C'est pourquoi, lorsqu'on soupçonnera un cas de ce genre, on le verra souvent évoluer dans les espaces rétro-péritonéaux et les tumeurs pourront ainsi induire en erreur les praticiens qui, bien souvent, ne feront le diagnostic qu'au cours de l'intervention chirurgicale. On voit donc que le mésocolon ascendant,

par ses données anatomiques, présente des tumeurs liquides et solides de sièges variés, qui sont très difficiles à contrôler cliniquement.

Pour faciliter l'étude de la question, nous allons en faire rapidement l'historique, puis nous en exposerons l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, le pronostic, le diagnostic, le traitement, et enfin nous essayerons d'en dégager des conclusions susceptibles d'aider le praticien à déceler ces affections qui, d'après Tord, sont parmi les plus délicates à diagnostiquer.



## HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs du mésentère et par suite, celle des mésocolons, est de date relativement récente. Elle ne remonte pas à plus de cinquante ans. Toutefois Bénévici, éminent chirurgien de Florence, dans son ouvrage écrit au xv<sup>e</sup> siècle, a le premier signalé quelques cas de tumeur du mésentère; mais les observations relevées par ce praticien sont d'une interprétation difficile et ne permettent guère de fixer, à cette date, l'origine historique de ces tumeurs.

A cette époque, on attribuait toute tumeur abdominale à la grosseur ou à l'obésité et c'étaient des femmes sans culture médicale qui soignaient ces affections.

Horstius, après Bénévici, rapporta lui aussi un cas de tumeur du mésentère.

En 1662, Asselli découvrit la vascularisation mésentérique et eut l'idée que l'obstruction des vaisseaux de la région pouvait contribuer à former des kystes. Cette découverte, d'une importance capitale, jeta un jour nouveau sur l'étude de la question qui va, dès lors, progresser rapidement.

En 1725, Sydenham en mentionna les premiers cas, chez l'enfant. Mais c'est surtout Morgagni qui, un peu plus tard, contribua plus que tous ses prédécesseurs, à l'étude des tumeurs du mésentère. Chez lui, les malades étaient examinés avec soin; les autopsies bien faites et les observations très précises.

En 1760, il écrivit : « Plus d'une observation des médecins et des anatomistes confirme les faits suivants, à savoir : qu'après avoir chassé l'intestin et l'épiploon sur les côtés, les tumeurs du mésentère se trouvent elles-mêmes au-des-

sous des parois antérieures du ventre et les touchent. » On retrouve dans ces quelques lignes l'ébauche de la symptomatologie de toute la question.

Après Morgagni, l'étude des tumeurs mésentériques a été quelque peu abandonnée. Toute lésion est attribuée par ses successeurs aux ganglions de la région et il fallut arriver à Portal, pour voir porter de nouveau un diagnostic exact de « tumeur du mésentère ».

En 1803, ce praticien essaya d'établir une première classification de ces tumeurs et il décrivit des tumeurs squirrheuses, stéotomateuses, carcinomateuses et hydatiques. Bien mieux, il indiqua quelques-uns des caractères cliniques inhérents aux tumeurs du mésentère : l'ascite, les vomissements, la dysurie; les rétentions intestinales sont indiquées dans son cours d'anatomie médicale. La mobilité des tumeurs, suivant le plan qu'elles occupent et la difficulté du diagnostic, sont des faits sur lesquels Portal attira l'attention de ses contemporains. Il fit même une distinction entre les adénopathies localisées spécialement au mésentère et celles qui s'y développent en coïncidence avec les hypertrophies ganglionnaires des autres régions.

Malheureusement, après la mort de Portal, aucun de ses travaux n'attira l'attention de ses successeurs et Péan, même, écrivit que les tumeurs du mésentère étaient des tumeurs provenant de l'utérus ou des ovaires, qui avaient échappé à l'examen des chirurgiens et des anatomistes, faute de dissection précise.

En 1884, Collet prit pour sujet de sa thèse : « Les kystes du mésentère » et écrivit ainsi le premier travail d'ensemble sur la question.

En 1886, Augagneur, dans sa thèse d'agrégation, reprit les idées de Collet et fit une classification méthodique de ces tumeurs, insistant particulièrement sur la pathogénie et la symptomatologie de celles-ci. On peut dire que sa thèse fut le point de départ des études ultérieures qui, dès lors, se multiplièrent.

En 1894, Bégouin, dans un important travail, fixa la technique opératoire.

Depuis, les études se sont poursuivies, mais elles ont porté sur les différentes formes de tumeurs mésentériques, sans que, pour cela, celles des divers mésocolons fussent spécialement examinées. Kystes, hématomes, lipomes, ont été décrits tour à tour et parmi ceux qui ont particulièrement mis au point la question, on peut citer : Arékion (1893), Deffains (1894), Roques, Broca (1909) pour les kystes sanguins; Masqueray pour les kystes hydatiques; Houzel et Pakowski (1911-12) pour les kystes dermoïdes.

Avant de terminer ce court historique, citons l'article très documenté du professeur J. Guyot, dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, où le maître de l'école bordelaise a écrit avec sa compétence habituelle la partie relative aux différentes tumeurs du mésentère.

C'est cet article qui a inspiré en partie les thèses de Cheyrouze (1913), de Gazaniol (1919), de Tord (1921) et ce fut Cheyrouze qui, le premier, aborda dans une thèse la question des tumeurs des mésocolons.



## Etiologie-Pathogénie

---

Les causes essentielles des kystes des mésocolons sont encore mal connues. Toutefois on observe la présence de ces tumeurs surtout chez des sujets relativement jeunes. L'âge semble être surtout de 25 à 50 ans. Cependant Welschelsbaun relate une observation de kyste survenu chez un malade de 83 ans, tandis que Kirmisson en rapporte une autre chez un enfant de trois mois. Albarran, enfin, dans une communication à la Société de chirurgie, a signalé la présence d'un kyste chez un nourrisson de 7 mois.

Au sujet de la nature de ces différents kystes, les observations manquent souvent de clarté. Arrékion, dans sa thèse, constate que sur 300 cas, un seul kyste est hématique. Bracquenhaye arrive à un total de 25 %. Les hématomes propres du mésentère sont rares. Timbale en décrit 59 cas seulement, et encore on a tendance, aujourd'hui, à les classer dans la catégorie des kystes sanguins. Il semble établi que par ordre de fréquence, les kystes séreux soient d'abord les plus nombreux; puis les kystes sanguins, les kystes dermoïdes et les kystes hydatiques, en nombre à peu près égal.

Au point de vue origine et développement des kystes, la profession semble un facteur dont il faut tenir compte, surtout pour les kystes sanguins. Il appert que les tumeurs du mésentère et par suite celles du mésocolon ascendant soient plus fréquentes chez les personnes exerçant des professions pénibles que chez celles effectuant des travaux légers.

Quant à l'influence du sexe, Villar a constaté que chez les femmes les kystes étaient beaucoup plus fréquents que chez les hommes.

Examinons maintenant les causes déterminantes de ces tumeurs.

A. — Au premier plan, vient le traumatisme. Tous les auteurs semblent à peu près d'accord sur ce point. Augagneur, Bérard et Roques avaient déjà attiré l'attention des médecins sur son rôle essentiel dans l'apparition des kystes sanguins; mais si on le retrouve à l'origine des tumeurs, dans presque toutes les observations, il ne donne pas naissance aux kystes de la même manière.

a) Un malade est porteur d'un kyste séreux depuis un temps plus ou moins long. Un traumatisme survient; les observations montrent que, généralement, sous son influence les symptômes jusque là vagues et peu intenses, deviennent assez nets. Puis la tumeur augmentant de volume, si l'on vient à opérer, on se trouve en présence d'un kyste sanguin. C'est là le type de la transformation du kyste séreux en kyste sanguin.

b) Dans d'autres observations, il n'existait aucune tuméfaction, aucun symptôme digne d'attirer l'attention du malade avant le traumatisme. Celui-ci survenant, provoque la rupture de vaisseaux sanguins. Aussitôt l'hémorragie se déclare, mais ne dépasse pas les limites du mésocolon. Le sang glisse dans le tissu cellulaire lâche de la région et provoque l'hémostase. On se trouve alors en présence d'une hémorragie enkystée d'emblée qui peut ensuite, secondairement, se transformer en kyste sanguin du mésocolon; mais les cas de ce genre en sont rares.

c) Enfin, dans un certain nombre de cas, on voit l'hémorragie d'abord libre dans la cavité péritonéale s'enkyster secondairement, par suite d'adhérences formées entre les caillots sanguins qui s'organisent et les divers plans environnants. Le malade qui, tout d'abord, présentait les signes d'une hémorragie interne, voit ces symptômes s'amender et disparaître et, seuls, les troubles fonctionnels dénotent l'existence d'une tumeur en voie de formation.

Telles sont les phases par lesquelles passent les kystes sanguins pour se constituer.

C'est encore le traumatisme qui, dans un ordre tout différent, semble être responsable de la formation de certains kystes. Quelques auteurs ont relaté l'observation de malades atteints de maladies mitrales mal compensées, mourant au milieu d'efforts incessants de toux et de vomissements. A l'autopsie, on découvrit un volumineux hématome du mésentère. Ce cas, rare, n'a jamais été encore observé parmi les différents rapports que nous avons sur les kystes du mésocolon ascendant.

Bérard, dans sa thèse, rapproche ces faits de traumatisme interne de ceux qui sont attribués au traumatisme extérieur. Il n'hésite pas à déclarer que des efforts violents peuvent être la cause directe d'hématomes. Roques a repris l'idée pour les kystes sanguins du mésentère, mais on a pu faire remarquer que dans certains cas rapportés par Bérard, on pouvait déceler l'influence d'un traumatisme léger et qu'il était dès lors difficile de faire la part de ce qui revenait en propre aux deux causes invoquées.

Enfin, il est des cas, où malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut distinguer l'origine même des tumeurs. Serait-elle due à un traumatisme léger passant inaperçu du malade ? Cela est fort possible. Pour certains cas, on peut se rappeler l'étiologie spéciale du kyste de Potel, qui aurait vu se développer chez un malade âgé de 65 ans, un kyste sanguin dû à la transformation d'une tuberculose des ganglions mésentériques, présentée par le malade à l'âge de 4 ans. Cette forme exceptionnelle n'a jamais encore été observée chez les kystes du mésocolon ascendant.

B. — Etudions maintenant la pathogénie des kystes séreux.

La théorie lymphatique est la plus ancienne, puisqu'on la trouve dans la thèse d'Augagneur (1885). Celui-ci se basait pour l'établir sur la présence de tissu réticulé dans la paroi des kystes. Elle a été reprise par Quenu et Duval, qui pensent que dans certains cas, les kystes séreux ne seraient pas autre chose que des lymphangiomes kystiques. D'autres auteurs pensent à une dilatation des chylifères due

à l'obstruction des vaisseaux de la région, idée qu'Asselli, en 1662, avait déjà émise. Ces diverses hypothèses sont encore assez combattues. Drucbert et Cunéo ont écrit : « Les kystes séreux sont des formations se développant aux dépens de débris épithéliaux persistant après la coalescence des divers segments du mésentère primitif avec le péritoine pariétal postérieur. »

C. — A côté des kystes séreux, quelques auteurs ont pensé que certains kystes pourraient se développer dans le mésocolon ascendant, aux dépens du colon lui-même. Ces cas de kystes appelés *juxta intestinaux*, sont des plus rares. Ils ont un volume parfois assez considérable, variant d'une tête d'épingle à une pomme. S'ils sont acquis, ils communiquent parfois avec l'intestin. Congénitaux, ils se séparent et rappellent par leur structure leur origine. Jusqu'à présent ils ont été observés surtout sur la fin de l'illéon et l'angle illéo-cœcal, mais jamais sur le mésocolon ascendant.

D. — Proust et Monod étudiant les kystes du mésentère et des mésocolons, ont établi une autre catégorie de kystes. ce sont les kystes wolffiens, qui peuvent à la rigueur se développer dans le mésocolon ascendant. Certains de ces kystes auraient une origine uro-génitale. Ils ont été observés par Niosi et Dowd, qui reprenant les études faites avant eux, ont essayé, en s'appuyant sur l'embryogénie, d'établir une catégorie spéciale pour ces kystes qui sont encore très rares. Ils ont montré que la proximité du mésentère primitif et du corps de Wolf pouvait permettre l'enclavement d'ilôts du corps de Wolf dans le mésentère.

E. — Les kystes dermoïdes qu'on a parfois trouvé dans le mésocolon ascendant, sont des tumeurs dont l'origine n'est pas encore bien connue. Plusieurs théories sont en présence. La première date de 1852. Leber, qui l'a émise, dit : « Beaucoup de tissus simples et composés peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où à l'état normal on ne les rencontre pas ; les kystes sont donc une aberration de la nature. » Cette théorie a été vivement combattue et on a fait remarquer qu'il est inadmissible qu'une cellule quel-

conque, autre qu'une ovule puisse, en se développant à un moment donné, produire des éléments variés et figurés.

A cette théorie en fut substituée une autre, défendue par Geoffroy Saint-Hilaire. « Les kystes, selon cet auteur, seraient des embryons permanents pour lesquels le terme de la grossesse n'arrive jamais. » Lannelongue et Achard ont répondu à cette théorie en faisant observer qu'il y avait des kystes dermoïdes chez l'homme et que si le fœtus enkysté était un cadavre, la tumeur dermoïde était bien vivante. Ils ont soutenu, à leur tour, une autre théorie appelée théorie de l'enclavement. Celle-ci considère « les kystes dermoïdes comme provenant du revêtement cutané de l'embryon dont une portion, restée pour ainsi dire en arrière, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait ainsi donné lieu par son accroissement ultérieur, à la formation d'un kyste ». Cette théorie serait satisfaisante pour les kystes simples, mais son mécanisme n'a jamais été démontré pour les kystes composés.

Mathial Duval a défendu la théorie de la parthogénèse dans la pathogénie des kystes dermoïdes, et Steinlin l'a observée dans un cas de kyste dermoïde du follicule de Graef.

Chacune de ces théories peut être invoquée, mais il semble cependant que dans l'interprétation des cas, on doit être éclectique car on ne peut pas se baser sur une théorie unique pour tout expliquer.

F. — Quant aux kystes hydatiques, on sait qu'ils sont dus à la présence d'un parasite connu sous le nom d'échinocoque ou hydatide qui se développe assez fréquemment dans certains organes de l'homme, surtout dans le foie. Les kystes hydatiques du mésocolon ascendant ne seraient donc qu'une localisation exceptionnelle de ce parasite.

## Anatomie pathologique

Les kystes du mésocolon ascendant sont des tumeurs très variées, au point de vue anatomie pathologique. Cela s'explique facilement si l'on considère la diversité de leur origine.

Les kystes sanguins, séreux et autres ont un siège très variable, suivant la position qu'ils peuvent occuper sur le mésocolon ascendant. Lors de leur évolution, ils se développent soit en avant vers la paroi abdominale antérieure, soit en arrière vers la paroi lombaire.

Le volume de ces tumeurs est très variable. Souvent, il est minime, surtout au début, comme le montrent les autopsies, ce qui explique pourquoi ils passent facilement inaperçus. Ce n'est qu'à une période avancée qu'ils sont décelables et, alors, on constate que leur grosseur peut aller de celle d'une petite bille à celle d'une tête de fœtus.

Le liquide contenu dans ces kystes varie de 2 à 14 litres.

La forme de ces tumeurs est très peu variable. Le plus souvent elle est oblongue ou arrondie.

La consistance est élastique, et ce n'est guère que dans les kystes dermoïdes ou les hématomes enkystés qu'on trouve des irrégularités dans la surface et la consistance.

La structure des kystes varie suivant l'origine.

A. — *Kystes séreux*. — Ils comprennent généralement trois tuniques formant une enveloppe nettement limitée, d'une épaisseur qui peut aller jusqu'à 2 cm.

a) La tunique externe, séreuse, est formée par les feuillets du mésentère ou bien par la paroi postérieure.

b) La paroi moyenne comprend du tissu conjonctif ren-

fermant de nombreux vaisseaux. Elle présente de nombreuses fibres et des assises de cellules rondes. La paroi est le plus souvent homogène, mais elle peut contenir en outre des globules sanguins provenant d'une hémorragie des vaisseaux de la couche.

c) La paroi interne comprend un épithélium et du tissu lymphoïde. Elle est en rapport avec le contenu du kyste. Souvent le tissu lymphoïde est représenté par des alvéoles irrégulières disposées de diverses façons contenant du tissu lymphoïde et limitées par des parois revêtues d'endothélium.

B. — *Les kystes sanguins* présentent diverses variétés :

a) Les hématomes, enkystés à la suite d'hémorragie, n'ont pas de paroi propre préexistante. Le sang s'est coagulé et divisé en deux parties : une liquide, le sérum ; l'autre solide, les caillots ; ce sont ceux-ci qui en s'organisant, forment la paroi.

Dans d'autres cas, la paroi externe est formée par les feuillets du mésentère ou par la paroi abdominale postérieure. Quant à la paroi fibreuse du kyste, elle provient de l'organisation des caillots sanguins qui, d'abord isolés, fusionnent peu à peu. Elle comprend un réseau de fibrines contenant des globules sanguins.

Le contenu des kystes sanguins est variable ; il comprend des caillots en voie d'organisation où encore de la sérosité, teintée de sang si c'est un kyste séreux transformé.

C. — *Les kystes juxta-intestinaux* ont une structure qui rappelle l'intestin. Dans les cas typiques, ils présentent des fibres musculaires lisses disposés en une ou plusieurs couches ; une muqueuse comprenant un chorion lymphoïde, quelquefois des villosités recouvertes d'un épithélium cylindrique avec des cellules muqueuses. Il existe souvent des glandes de Lüberkün. Cependant ce type ne se rencontre pas toujours ; les fibres musculaires peuvent manquer dans la paroi et le diagnostic microscopique sera souvent difficile.

D. — *Les kystes dérivés du système uro-génital* présentent

le plus souvent une structure qui dénote leur origine (cas d'Albarran).

E. — *Kystes dermoïdes*. — Ils présentent à la coupe une structure bien définie.

La paroi rappelle par sa constitution la peau; mais il est des cas où elle est réduite à un simple feutrage de tissu conjonctif. L'épiderme en particulier est rarement représenté dans toute l'étendue de la surface interne. Nombreuses sont les zones où il est desquamé et même fait défaut. Toute la cavité centrale est remplie d'un liquide jaunâtre, ambré, grumelleux, formé par des globules de graisse, des cellules et des débris épithéliaux. Dans la matière sébacée, on rencontre souvent des poils et autres éléments anatomiques.

Les poils, libres ou adhérents à la paroi, ont un aspect, une qualité et une disposition variable.

Les cheveux s'y voient quelquefois et n'ont aucune relation avec ceux du malade.

Les dents s'y rencontrent assez souvent; on en trouve toutes les variétés et parfois elles peuvent s'y carier.

F. — Quant aux *kystes hydatiques*, ils offrent la même structure que ceux du foie.



## Symptomatologie

---

Les symptômes des tumeurs des mésocolons et surtout celles du mésocolon ascendant sont très variables. Ils diffèrent suivant leur disposition anatomique, leur volume et leur évolution. Certains kystes peuvent, au cours de leur développement, passer complètement inaperçus. Ainsi s'explique la surprise des premiers chirurgiens s'occupant des tumeurs du mésentère, qui découvrirent, au cours des autopsies des kystes ou des lipomes du mésocolon ascendant non diagnostiqués du vivant de leurs malades. En effet, comme on le verra, ce n'est guère que par son volume que l'on peut identifier un kyste du mésocolon. Les autres symptômes sont souvent trop discrets pour étayer le diagnostic. Toutefois l'interrogatoire du malade peut, dans certains cas, attirer l'attention des chirurgiens, car il permet souvent de retracer l'évolution des kystes du mésocolon ascendant qui, autrement, sont presque impossibles à distinguer des autres tumeurs abdominales.

A. — Les symptômes initiaux sont très variables, ce qui fait que le début de l'affection est toujours difficile à distinguer. Longtemps, les kystes du mésocolon ascendant et surtout parmi eux les kystes congénitaux, peuvent échapper à l'observation. Aussi ce n'est guère que par hasard et lorsque la tumeur est assez volumineuse, qu'on la découvre.

C'est au cours d'une maladie quelconque (la grippe dans un cas) que le médecin examinant son client, perçoit au toucher une tumeur siégeant dans le flanc droit. Jusqu'à cette époque, elle avait échappé à l'attention des malades. Aussi sont-ils rares ceux qui viennent se faire examiner au début

de leur affection. Le plus souvent, c'est l'accroissement de la tumeur qui attire leur attention. Constatant la présence d'une petite tuméfaction, ils vont chez leur médecin; mais déjà, à ce moment, le kyste évoluait depuis longtemps. Cependant les symptômes sont différents, à la période de début, suivant les variétés de tumeurs.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste sanguin, le début de l'affection n'est pas toujours le même; s'il y a traumatisme et que le kyste préexiste à l'hémorragie, rien n'est plus variable que son développement; tantôt, on le voit acquérir un volume considérable, sans déterminer le moindre trouble fonctionnel; tantôt il se manifeste dès le début de l'affection par de violentes douleurs accompagnées de nausées ou de vomissements; ou bien encore il détermine des troubles digestifs plus ou moins marqués. Ce sont ces signes souvent fugaces qui égarent le diagnostic.

Quand le kyste est sanguin, il acquiert une intensité nouvelle. La tumeur formée augmente rapidement de volume, au cours de son évolution. Elle est accompagnée de troubles douloureux qui présentent par moments des périodes d'accroissement et d'accalmie. Ces troubles d'abord sont vagues et les douleurs s'irradient bientôt vers le petit bassin, le foie ou le dos. Longtemps, elles restent localisées et contribuent ainsi à égarer le diagnostic.

Si la constatation de la tumeur est dans beaucoup de cas, le premier symptôme notable, dans beaucoup d'autres, les troubles digestifs sont la première manifestation de ces tumeurs du mésocolon descendant. Ils sont parfois si manifestes que certains auteurs n'ont pas hésité à décrire une forme intestinale de tumeurs du mésocolon, caractérisée par des troubles digestifs intenses (vomissements, diarrhée, etc.). Sans aller jusque là, il n'est pas rare de rencontrer dans certains cas, des nausées, des vomissements, des alternatives de diarrhée ou de constipation. Dans ces observations, le début a été très brusque et très intense. Le plus souvent, on a des troubles digestifs rappelant ceux de la dyspepsie, pré-

sentant tour à tour des périodes d'intensité et d'accalmie et enfin devenant chroniques, lorsque la tumeur évolue.

A côté de ces troubles digestifs qui sont de règle, citons ceux qui sont l'exception, c'est-à-dire : les douleurs stomacales et surtout les alternatives de diarrhée et de constipation. A cette période on ne peut guère les attribuer à la compression du colon par la tumeur qui est encore minime. On a essayé d'expliquer ces troubles intestinaux par des phénomènes réflexes. On a pensé qu'ils étaient dus à l'inflammation de la séreuse qui entoure l'intestin. Dans beaucoup de cas de kystes sanguins du mésocolon ascendant, l'hémorragie, libre au début, pourrait déterminer une irritation et une inflammation de la séreuse intestinale qui retentirait sur les tuniques musculaires voisines. Ainsi se déclareraient des paralysies partielles et momentanées; c'est là, en particulier, l'opinion de Roques.

Les symptômes initiaux des autres kystes se présentent à peu près avec les mêmes caractères que ceux des kystes sanguins. Quant aux kystes hydatiques du mésocolon ascendant, qui semblent exceptionnels, leurs signes sont les mêmes que ceux des kystes du foie, c'est-à-dire que l'on constatera une diminution de l'appétit, un dégoût assez marqué pour les graisses; de la diarrhée avant ou après les repas, de l'urticaire, etc.

B. — A la période d'état, les symptômes sont plus nets et presque toujours les mêmes, quelles que soient les variétés des kystes que l'on rencontre.

La douleur est plus accusée, plus fréquente, que dans la période précédente. Tantôt elle est sourde et continue, tantôt, au contraire, elle a tendance à disparaître, quitte à réapparaître plus intense aux moments des règles ou au cours de la marche. Habituellement, elle augmente avec le développement de la tumeur; mais dans certains cas on l'a vue diminuer et même disparaître au cours de l'évolution. On a pu noter aussi sa propagation vers les cuisses ou la région lombaire. Il semble vraisemblable que cette douleur soit due aux tiraillements exercés par la tumeur sur les éléments ner-

veux de la région, au moment où son poids tend à lui faire quitter la place qu'elle occupe. Cette explication est celle de Tillaux et de Bracquehay et paraît assez logique.

Les troubles digestifs sont les mêmes qu'à la période de début; ils consistent dans l'absence d'appétit, douleurs gastriques, etc. Cependant, certains malades ne se plaignent nullement de ces troubles. En revanche, beaucoup sont atteints d'une constipation opiniâtre, tantôt chronique, tantôt intermittente. Timball explique ces faits par la compression des vaisseaux et des nerfs de la région par la tumeur, qui produirait ainsi une diminution du suc intestinal et une paralysie partielle des couches musculaires du colon ascendant.

Les troubles des fonctions génitales, observés, consistent surtout dans l'irrégularité des règles.

C. — Examinons maintenant les troubles physiques. Les kystes du mésocolon ascendant constituent souvent une tumeur volumineuse qui, en se développant dans la profondeur, provoquent souvent des signes trompeurs. Le plus souvent ils se dirigent vers la paroi abdominale antérieure, mais quelquefois ils évoluent vers les espaces rétro-péritonéaux et sont d'un diagnostic difficile.

a) L'inspection révèle quand la tumeur est assez volumineuse, une augmentation du ventre proportionnelle aux dimensions des kystes. On a parfois une voussure qui dépasse la ligne médiane. Quand les tumeurs sont petites, l'inspection ne dénote rien. Dans le cas de kystes rétro-péritonéaux, la région lombaire est empâtée.

b) La palpation montre une tuméfaction atteignant différentes dimensions. Le volume peut varier d'une bille à une tête de fœtus. La surface en est généralement lisse et régulière; seuls les kystes dermoïdes ou wolffiens donnent une forme bosselée. La palpation de la tumeur est rarement douloureuse. La consistance varie avec la tension du liquide kystique. Dans la majorité des cas, on perçoit une sensation de flot (ce signe a été observé par Augagneur dans un cas

de lipome), quelquefois on sent une sorte de résistance élastique.

Les kystes sont généralement mobiles dans les deux sens : soit latéralement, soit verticalement; mais, d'après Dorré, souvent les kystes des mésocolons sont immobiles par suite des adhérences qu'ils contractent avec les plans voisins. Aussi lorsque la palpation ne peut mettre en évidence ce caractère, il ne faut pas rejeter complètement l'idée d'un kyste du mésocolon ascendant. Souvent l'influence des mouvements respiratoires sur eux est nulle.

c) La percussion légère montre l'existence d'une zone de sonorité traversant horizontalement la matité kystique. Elle est due à l'interposition du colon ascendant entre la paroi et la tumeur. Elle varie avec le volume de l'anse intestinale et peut passer inaperçue si celle-ci est peu dilatée. La matité est souvent entourée de sonorité due au refoulement de l'intestin autour de la tumeur; elle sépare celle-ci, en haut, du foie, en bas, du pubis. Cette zone sonore inférieure située entre la matité du kyste et le pubis est spéciale aux tumeurs du mésocolon ascendant. Elle manque quelquefois, mais elle est souvent perceptible.

d) Le toucher ne donne absolument rien. Il est un élément de diagnostic différentiel avec les tumeurs utérines, car il permet de constater que les mouvements communiqués à la tumeur ne se transmettent pas à l'utérus.

e) La radiographie et la radioscopie ont été employées et ont démontré, après l'ingestion de bismuth, que les tumeurs du mésocolon étaient indépendantes du colon ascendant, qui dans certains cas, peut être refoulé et aplati à la surface de la tumeur qu'il croise en écharpe.



## Diagnostic

---

Le diagnostic des tumeurs du mésocolon ascendant est toujours très difficile à faire. Toutefois, lorsque le chirurgien se trouvera en présence de tumeurs latérales droites, pointant ensuite vers la ligne médiane, il devra toujours penser à la possibilité d'une tumeur du mésocolon ascendant. Souvent, elle est accompagnée de 3 signes bien décrits par Tillaux, c'est-à-dire : sonorité au devant de la tumeur ; zone sonore, en bas vers le pubis ; mobilité du kyste en tous sens. On pourra d'autant plus songer à une affection de ce genre qu'on trouvera les autres organes normaux.

Mais ces signes peuvent manquer. La tumeur peut être adhérente, dure, irrégulière ; les signes fonctionnels difficiles à interpréter, aussi le diagnostic n'est-il pas toujours facile à établir.

a) Voyons le cas d'une tumeur petite, passant inaperçue. Si elle se traduit par des signes douloureux, on peut penser à des coliques hépatiques, néphrétiques ou saturnines. Dans ces différents cas, l'évolution ultérieure permettra d'éliminer rapidement ces diagnostics.

Le plus souvent, on confond cette affection avec une péritonite tuberculeuse ou une appendicite. Dans ce dernier cas, la douleur a un siège fixe en des points bien limités de la fosse iliaque. Le palper et la température seront des plus utiles au diagnostic qui ne sera pas toujours facile à faire, surtout si l'on soupçonne un cas d'appendicite chronique.

Pour celui de péritonite tuberculeuse, on se souviendra qu'on ne sent pas, au toucher, de poche à paroi propre. Le contour n'est jamais bien net et la tumeur formée n'a pas,

dans ce cas, l'indépendance d'un véritable kyste, formation pédiculée. Elle n'offre pas la mobilité de déplacement que les mouvements de latéralité peuvent imprimer souvent aux kystes du mésocolon ascendant. De plus, on trouvera, en outre, un état général médiocre et, souvent, des signes de tuberculose pleuro-pulmonaire.

Mais c'est surtout avec les kystes de l'ovaire à long pédicule que la confusion a été faite. Les kystes du mésocolon ascendant présentent parfois avec eux des rapports et des ressemblances assez étroites. S'ils sont volumineux, ils peuvent s'extérioriser et provoquer une voussure du ventre. Peu mobiles quelquefois, ils n'offrent pas les lignes de Tillaux, et alors il est difficile de les distinguer des tumeurs soit ovariennes, soit utérines. En outre, les crises douloureuses, parfois assez aiguës, que l'on observe, rappellent les crises de torsion des kystes ovariens. Aussi l'erreur de diagnostic est-elle fréquemment commise entre ces deux types de tumeurs.

Quelquefois, il faudra éliminer le diagnostic de volvulus, ce qui sera en général assez facile.

b) Quand la tumeur est reconnaissable à la vue ou au palper, à quoi faut-il penser ? Tout d'abord il faudra éliminer toutes les tumeurs des parois abdominales.

D'ordinaire, elles sont immobiles dans les contractions musculaires et possèdent des contours moins nets que les kystes du mésocolon ascendant.

Ceux de l'épiploon sont rares ; ils seront souvent confondus avec les kystes du mésocolon, dont ils se différencient par une mobilité plus grande et par la matité uniforme de leur surface.

La tumeur est-elle née de haut en bas ? Il faut d'abord songer à un kyste du foie développé sur sa face inférieure et plongeant dans la cavité abdominale.

Les affections du rein ont aussi avec les kystes du mésocolon des rapports étroits. Dans les cas de tumeurs rétro-péritonéales, le diagnostic en est toujours délicat. Il faut d'abord éliminer le rein mobile qui, échappant souvent aux

doigts explorateurs, peut se compliquer parfois d'accidents aigus, simulant la péritonite. Il y a, dans ces cas, des douleurs vives avec vomissements, le ventre est très sensible, mais il n'y a pas d'élévation de température. Puis survient de la débâcle urinaire et tout rentre dans l'ordre. Cette phase suffit souvent à établir le diagnostic qui sera confirmé par la constatation d'une tumeur réniforme latérale occupant la loge opposée au côté malade.

L'hydronéphrose peut parfois prêter à confusion. Dans ce cas, on se trouve en présence d'une tumeur peu mobile, ayant au-devant d'elle une zone sonore due au colon qu'elle entraîne. Lorsque cette tumeur évolue vers l'abdomen, la palpation fait constater la présence d'une tumeur nettement fluctuante quand la poche est volumineuse et mince. Le ballotement rénal et le contact lombaire font prendre souvent pour une tumeur rénale, ce qui est un kyste rétro-péritonéal du mésocolon.

Quant au néoplasme de l'intestin, il sera facilement éliminé. Les hémorragies intestinales, les signes de sténose plus ou moins marqués et la cachexie précoce qui l'accompagnent, permettent aisément de le reconnaître.

On a essayé de faire, sans trop y parvenir, un diagnostic anatomique du kyste du mésocolon ascendant.

Les kystes parasitaires sont souvent secondaire à des tumeurs d'autres régions, du foie en particulier. Dans le cas où l'on penserait à une affection de ce genre, les recherches de laboratoire seraient toutes indiquées.

b) Les kystes dermoïdes ne sont pas très mobiles et s'accompagnent souvent de crises douloureuses, caractères qui ne permettent guère de les isoler des autres variétés de kystes.

Pour les kystes sanguins, la notion du traumatisme antérieur sera d'une grande utilité.

Quant aux autres tumeurs du mésocolon, le diagnostic n'en sera guère établi qu'au cours de l'intervention chirurgicale, sauf pour les tumeurs malignes dont l'évolution assez rapide permettra un diagnostic assez précoce.

## Evolution

---

L'évolution des tumeurs du mésocolon ascendant est très variable. Elle dépend essentiellement de la nature des kystes. Le plus souvent, elle est caractérisée par le développement de la tumeur qui grandit peu à peu et tend même à s'ouvrir soit dans le péritoine, soit dans le colon. La régression aurait été observée dans le cas de kystes sanguins et hydatiques, mais ces faits paraissent exceptionnels. Quant aux autres tumeurs kystiques, elles évoluent sans jamais disparaître. Pour les kystes sanguins, Villar aurait vu un cas guérir par ouverture du kyste dans les voies digestives; le plus souvent l'évolution se fait par saccades et tend à la malignité.

Les tumeurs du mésocolon peuvent présenter des complications assez graves qui seront de différent ordre.

a) Les troubles digestifs sont parmi les plus accusés. La dyspepsie du malade s'accroît; celui-ci présente des vomissements constants; en outre il est en proie à une constipation opiniâtre, suivie généralement de crises diarrhéiques aiguës qu'il ne faut pas confondre avec la rupture d'un kyste dans le colon. Enfin la présence de ces kystes peut provoquer une irritation constante du tube digestif, allant même jusqu'à la perforation intestinale; mais ces cas sont très rares. Le plus souvent, on a noté de la dénutrition profonde et de la cachexie due à la compression des chylifères de la région qui peut entraîner la mort si on tarde à intervenir.

b) Les troubles vasculaires sont assez accusés, quoique moins fréquents que les troubles digestifs. La compression des vaisseaux de la région, de règle dans les néoplasmes

voisins, s'observe quelquefois dans les cas de kystes volumineux. C'est pourquoi on a noté, dans quelques observations, de l'œdème des membres inférieurs.

c) Les troubles urinaires sont de peu d'importance et rarement observés. On a noté parfois de la pollakiurie, par pression de la tumeur sur la vessie. On a dit aussi que les kystes pourraient produire de l'hydronéphrose, mais jusqu'à présent on n'en a aucune observation.

d) Les troubles respiratoires signalés dans quelques cas de tumeurs du mésentère ne l'ont jamais été pour les kystes du mésocolon ascendant.



## Pronostic

---

Les kystes du mésocolon ascendant présentent un pronostic sérieux dont la gravité varie suivant les différentes variétés. C'est ainsi que chez les kystes sanguins, la rapidité relative de leur évolution peut amener, dans des délais assez courts, des complications qui n'apparaissent que plus tardivement chez les autres (rupture, suppuration, péritonite). Celles-ci sont assez graves pour assombrir un pronostic déjà sérieux. D'où la nécessité de faire un diagnostic précoce, toujours difficile, qui permettra d'éviter ces accidents. D'ailleurs, laissés à eux-mêmes, les kystes provoquent de sérieuses complications. On voit, en lisant les observations des anciens auteurs, que nombre de malades succombaient autrefois par suite des progrès d'une dénutrition rapide due au développement de la tumeur.

Certains auteurs rapportent que les kystes du mésocolon ascendant bas situés, auraient une influence sur le cours de la grossesse. Peu volumineux, ils ne provoqueraient aucun accident, l'accouchement serait normal; au contraire, très volumineux, ils aideraient à un avortement.

---

## Traitement

---

Pour le traitement des tumeurs du mésocolon ascendant, il est d'abord un fait bien établi par la technique moderne; la ponction doit être rejetée comme moyen d'exploration ou comme arme thérapeutique. Durant toute la période pré-antiseptique, elle régna en maîtresse et encore en 1886, Augagneur n'hésitait pas à recommander de commencer toujours par elle. Ses dangers sont multiples. Elle expose d'abord à la blessure de la partie intestinale qui vient souvent s'interposer entre la paroi de la tumeur et l'abdomen. Elle peut aussi provoquer une hémorragie, en ouvrant les vaisseaux parfois volumineux qui rampent à la surface de certains kystes (Bracquenhaye). Enfin, elle permet souvent la pénétration du contenu des kystes dans la cavité péritonéale et expose, par suite, à la formation d'une péritonite qui peut enlever le malade. De plus, elle est inefficace; plusieurs ponctions sont souvent nécessaires et devant un résultat négatif, il faut recourir à l'intervention sanglante. Aussi a-t-on fait suivre cette ponction de l'injection de liquide modificateur sans avoir de grands résultats. Aujourd'hui cette technique est complètement abandonnée.

« L'extirpation est la méthode de choix; elle consiste, après laparotomie latérale, à faire la décortication de la tumeur recouverte ou non par les feuilletts du mésentère; à la ponctionner ensuite pour dégager plus facilement la partie postérieure et à enlever ainsi en bloc toute la tumeur. Il ne reste plus qu'à faire une hémostase soignée et à refermer, après avoir reconstitué les divers plans. » (Moiroud.)

Cette méthode a été, au début, violemment combattue, et on soutenait que c'était une opération très longue et très délicate à cause des nombreuses adhérences contractées par le kyste avec les organes voisins. Les manœuvres de clivage risquaient, en outre, de blesser l'intestin ou de rompre le kyste, créant ainsi une péritonite ou une fistule stercorale. Si la longueur de l'opération et les manœuvres nécessaires pour rompre les adhérences et isoler le colon expliquent le choc intense observé par Villar; dans de nombreuses observations, on constate que l'extirpation a donné d'excellents résultats, sans accidents notables.

En résumé, cette méthode de thérapeutique si recommandée par les uns et si combattue par d'autres, semble excellente lorsqu'elle est pratiquée à propos; mais lorsqu'on généralise son emploi, on peut rencontrer des difficultés opératoires et observer des accidents parfois sérieux. Il semble que la constitution anatomique de la tumeur soit la principale indication de l'opération. Lorsque le kyste forme une véritable tumeur ayant des parois bien limitées, l'extirpation est la méthode de choix qui donne toujours de bons résultats et permet d'éviter les récidives.

La marsupialisation est un procédé applicable aux tumeurs qui ont contracté des adhérences trop nombreuses et trop étendues avec les plans voisins et rendent ainsi toute opération radicale impossible. Après laparatomie latérale, le chirurgien ponctionne la tumeur pour en évacuer le contenu. Il peut rendre cette opération plus complète en faisant de l'aspiration dans la poche. Il protège ensuite le péritoine par des compresses de gaze stérilisées, agrandit l'orifice de ponction et incise largement la poche; il explore l'intérieur, puis en suture les bords à la plaie abdominale. Pour éviter la rétention du liquide septique, il est nécessaire de drainer largement soit avec des mèches de gaze, soit avec de gros drains de caoutchouc. Cette méthode présente un double avantage : elle permet de graduer le drainage et d'utiliser les drains pour les lavages ultérieurs.

Inférieure à l'autre au point de vue sûreté, elle a donné cependant de très bons résultats.

« Elle semble indiquée dans les hématomes traumatiques qui ne constituent pas de véritables tumeurs préexistant à l'hémorragie, mais se forment secondairement par l'enkystement du sang. Le plus souvent on a affaire à des kystes mal limités, présentant des adhérences multiples et solides avec les organes voisins. Il serait donc dangereux de chercher à les isoler et à les extirper en bloc. Une seule chose est possible : l'ouverture du kyste et son accolement à la paroi. Cette méthode, assez facile, présenterait cependant des dangers et des complications. Elle s'accompagnerait quelquefois de rupture du kyste et d'hémorragies à l'intérieur. Quelquefois on a noté des signes d'occlusion intestinale par adhérence de la poche avec les organes voisins. Le large drainage de la poche et de fréquents lavages éviteront ces complications. » (Timball.)

---

# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT)

M. D..., 35 ans, cultivatrice, de Pontenx-les-Forges, vient à l'hôpital Saint-André, sur les conseils de son docteur, pour une tuméfaction de la fosse iliaque droite. Au mois d'avril 1922, elle reçut par accident un coup assez violent dans l'hypocondre droit. Travaillant dans les champs et maniant un piquet de vignes, elle se blessa, à la suite d'un faux mouvement. Quoiqu'elle souffrit assez vivement sur le moment, elle put continuer son travail et rentrer à la maison.

Trois jours après, voyant que la douleur persistait, elle alla consulter son médecin qui constata la présence d'une tuméfaction de la fosse iliaque droite, qu'il prit pour un rein prolabé. A cette époque, la malade aurait émis, à la suite du coup, des urines hématuriques. La tuméfaction constatée par le médecin et par suite par la malade, était alors petite et assez douloureuse; cependant elle augmentait peu à peu, accompagnée de douleurs plus vives et de troubles digestifs notables. Déjà trois mois auparavant, avant son entrée à l'hôpital, la malade avait des crises de diarrhée et de constipation, la digestion était assez pénible; aussi il y a un mois, avant son entrée à l'hôpital, elle revit pour tous ces troubles, son médecin, qui l'envoya chez le professeur Guyot qui l'admit dans son service, le 31 mars 1923.

*Antécédents héréditaires.* — Mère atteinte de tumeur de nature imprécise, opérée par le docteur Daraignez, de Mont-de-Marsan; récidivée d'ailleurs un an après, ce qui entraîna la mort de la malade.

Père mort d'affection cardiaque, due au rhumatisme.

Deux sœurs bien portantes, sans aucun passé.

*Antécédents personnels.* — Enfance normale, réglée depuis 14 ans. Mariée à 17 ans, a eu une fausse couche au cours d'une fièvre muqueuse; a un enfant de 12 ans, présentant de l'entérite.

Mari toujours bien portant.

*Examen de la malade.* — La tumeur a à peu près le volume d'un poing d'adulte. Elle est située à 4 cm. à droite de l'ombilic; sa consistance est dure et un peu élastique. Sa surface régulière et lisse; son contour est aisément limitable, en haut, en dehors et en bas. En dedans, la limite interne ne peut être déterminée. Elle est un peu douloureuse à la pression. Mobile nettement dans le sens vertical de trois travers de doigts, elle l'est beaucoup moins transversalement.

La percussion montre une matité à peu près complète; la tumeur paraît nettement séparée du foie. La fosse lombaire droite est occupée par le rein non ptosé.

L'examen radioscopique montre, cinq heures et demie après la dernière prise de bismuth, la présence de celui-ci dans le fond de l'estomac qui est ptosé, légèrement dilaté et atone. Ses contours sont normaux. On sépare facilement le transverse du cœcum et on perçoit la tumeur qui paraît complètement indépendante de ces organes. Ptose du colon transverse. La traversée intestinale s'est faite normalement. Un dernier examen fait quelques jours avant l'opération, montra que :

A l'inspection, on trouve une asymétrie de la paroi abdominale. Il y a une tuméfaction légère de la partie droite, au niveau de l'ombilic.

A la percussion, il n'y a pas d'ascite. La fosse iliaque est sonore.

A la palpation, la fosse iliaque et l'hypocondre gauche sont libres. Mais on tombe dans la région iliaque droite sur une tumeur située à deux travers de doigts de l'ombilic, un travers de doigt au rebord costal. Elle est beaucoup plus abdominale que lombaire quoiqu'on note cependant un peu de contact lombaire. Elle suit les mouvements respiratoires, descend de 3 cm. pendant l'expiration et est indépendante de la paroi située derrière elle. Elle disparaît quand la malade contracte ses droits; une bande de sono-

rité permet de la séparer du foie, la matité du foie étant limitée par cette bande.

Un examen complet de laboratoire donne :

Réaction de Bordet-Wasserman : négative.

Réaction de Besredka : négative.

Réaction de Weinberg : négative.

Recherche du sang dans les selles par procédés chimiques : réaction positive.

*Examen hématologique.* — Globules rouges : 4.920.000.

Globules blancs : 6.200.

Polynuclées : 72 %.

Eosinophiles : 1 %.

Mononuclées : 18 %.

Lymphocytes : 7 %.

Matzellen : 2 %.

L'examen des urines montre qu'elles sont normales.

*Opération.* — Opérateur : M. le professeur J. Guyot. Aides :

MM. le docteur Daraigne, chef de clinique; Labbé, externe.

Anesthésie à l'ombredanne. Durée de l'intervention : 44 minutes.

Tumeur du mésocolon ascendant à contenu épais et sanguinolent.

Laparatomie latérale sur le bord externe du grand droit, du côté droit. Excellente incision qui conduit bien sur la tumeur.

L'examen montre que la tumeur a refoulé le gros intestin en dehors et qu'elle siège dans le mésocolon ascendant. Elle est nettement fluctuante et la ponction au Dieulafoy permet de recueillir un liquide qui ressemble beaucoup à celui des abcès dysentériques du foie. On incise la poche que l'on vidange à la compresse. On est alors frappé par l'épaisseur de la paroi et on pratique une biopsie. Lavage de la cavité à l'éther et marsupialisation.

Une bonne anesthésie a permis de pratiquer l'opération sans incident et de constater les rapports intimes de la tumeur en dehors avec le colon ascendant et avec un conduit qui traverse la partie interne et semble être l'urètre droit.

Le 17 avril, on enlève les fils et les drains : suites opératoires aseptiques.

L'examen direct du liquide kystique montre des éléments dégénérés surtout formés d'hématies et de polynuclées.

Pas de cellules endothéliales.

Pas de microbes.

Après 24 heures, l'ensemencement est négatif.

L'examen histologique pratiqué par le professeur Sabrazès montre une paroi fibreuse entrecoupée de foyers lymphocytiques périvasculaires.

Sur la face cavitaire, on rencontre un tissu sphacélique s'effilochant en grumeaux, entraînant avec lui des amas conglobés de collagène en nécrose. Présence d'acides gras. Au-dessous, on rencontre des cavités alvéolaires, petites, inégales, assez discrètes; les unes pleines d'un mucus fibrillaire, d'autres montrant des travées rubannées de cellules épithéliales cubiques; d'autre contenant un anneau complet de cellules épithéliales cubiques à noyaux pyknotiques.

En résumé, image d'un tissu kysto-épithélial en souffrance; il y aurait lieu de rechercher s'il n'existe pas quelques tumeurs viscérales dont la lésion ci-dessus serait un métastase, à moins qu'il ne s'agisse d'un épithélium à primitif péritonéal que l'on désignait autrefois sous le nom d'endothélium.

Revue le 16 juillet 1923, la plaie est complètement cicatrisée, le ventre souple et la malade paraît tout à fait guérie. Excellent état général.

## OBSERVATION II

(CHARDON, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1906).

Madame B. M..., âgée de 24 ans, occupe le lit n° 7, de la salle Saint-Raymond.

Les antécédents héréditaires et collatéraux ne montrent rien de particulier; dans les antécédents personnels on ne trouve aucune maladie. Réglée à 15 ans, très régulièrement depuis. Un enfant à 23 ans, accouchement au forceps.

A l'âge de 14 ans, la malade fait une chute d'une hauteur de 7 mètres environ, chute qui se fait en deux temps, la malade tombant par une trappe sur une pile de fagots et de là à terre.

Cet accident oblige la malade à garder le lit pendant huit jours environ, au cours desquels elle a la fièvre; puis elle reprend peu à peu ses occupations en boitant légèrement. Un mois après cette chute elle ne se ressentait de rien.

Deux ans après l'accident, incidemment la malade remarque la présence d'une grosseur dans le ventre, située surtout à droite. Peu à peu cette masse augmente de volume, lentement d'abord, puis plus rapidement ensuite après son accouchement. A noter qu'elle n'a jamais souffert du ventre à aucun moment.

Elle entre à l'hôpital en février dernier, sur les conseils de son médecin.

*Examen.* — A l'inspection, on voit une légère voussure du flanc droit. La palpation révèle la présence d'une tumeur remplissant le ventre, atteignant les côtes, de forme ronde et régulière, extrêmement mobile, dure partout, pouvant sortir complètement de l'excavation.

Le toucher vaginal montre un utérus petit, indépendant de la tumeur. Le foie, les reins n'ont également aucune connexion avec elle.

*Opération.* — Incision sur la ligne médiane. A l'ouverture du péritoine on voit une masse volumineuse, fluctuante, occupant le flanc droit. Elle est située contre la partie postérieure de l'abdomen. Rétro-péritonéale, elle semble développée dans le mésocolon ascendant et l'origine du mésocolon transverse. Elle projette en avant, en même temps qu'elle le déjette en dedans, le colon ascendant. Le colon ascendant est récliné en dedans, le péritoine est incisé sur la tumeur qui est énuclée lentement, après ligature de nombreux vaisseaux qui vont l'irriguer. On ne rencontre aucun pédicule. Voici les rapports de ce kyste :

En avant : péritoine, colon ascendant, angle droit du colon transverse.

En arrière : moitié inférieure du rein droit, bassin et anse duodénale.

En dedans : paquet intestinal grêle.

En dehors : paroi abdominale.

En haut : face inférieure du foie.

En bas : repose dans la fosse iliaque droite.

*Examen macroscopique.* — Kyste ayant 17 cm. de diamètre, très régulier, lisse, contenant 2 litres d'un liquide brun chocolat hématique; on trouve quelques caillots sanguins. Liquide aseptique.

*Examen microscopique.* — Les parois du kyste sont constituées par du tissu conjonctif. L'examen du liquide montre des éléments globulaires dégénérés.

### OBSERVATION III

(MÉRIEL, *Revue de Chirurgie*, 1903)

La malade est une robuste campagnarde âgée de 45 ans, qui entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, service de M. le professeur Chabert, pour une tumeur abdominale, qui avait été diagnostiquée par son médecin, pour un kyste de l'ovaire. Rien de particulier à noter dans ses antécédents; une grossesse à 23 ans, suites normales, d'ailleurs, Ménaupause à 43 ans; en bonne santé habituellement.

C'est depuis environ un an que la malade a commencé à éprouver des troubles digestifs consécutifs : constipation, anorexie, pesanteur dans le bas-ventre, quelques douleurs irradiées dans la fesse droite. Il n'y a jamais eu de signes de lithiase urinaire et depuis quelques mois seulement les mictions sont moins abondantes.

Le ventre a augmenté de volume depuis le mois de février 1900 au point d'atteindre au moment de son entrée à l'hôpital le volume d'une tête d'adulte. Cette tumeur occupe le flanc droit et atteint par une partie de sa circonférence la région sous-ombilicale médiane, mais elle a surtout une prédominance iliaque. Elle est régulière, de consistance uniforme en toutes ses parties; point mobile dans le sens transversal, mais un peu mobile dans le sens vertical; elle suit les mouvements du diaphragme. Elle est mate, sauf en avant et en son milieu où il existe une bande de sonorité correspondante au passage du colon ascendant; la tumeur est rétro-colique.

Il existe une autre région sonore au-dessus de la tumeur, entre celle-ci et le pubis. Le toucher vaginal ne nous apprend rien; seul le toucher rectal combiné au palper permet de sentir très haut et très loin une masse dure dont on peut fixer les connexions avec les organes voisins.

Cet ensemble de signes avait fait porter le diagnostic de kyste de l'ovaire; toutefois le siège anormal élevé, la zone de sonorité, faisait émettre des doutes sur ce diagnostic.

*Opération.* — 23 décembre 1900. Anesthésie à l'éther. Laparatomie médiane. Le ventre ouvert, je rencontre d'abord le paquet de l'intestin que j'écarte, puis me portant dans le flanc droit j'aperçois une grosse tumeur recouverte par le cœcum dilaté. Il est assez malaisé d'écarter celui-ci vers la ligne médiane et pour y parvenir, comme pour arriver directement sur la tumeur, il faut inciser le mésocolon ascendant.

Dès lors, l'accès est devenu facile et grâce à des écarteurs de la paroi abdominale, je puis agir sur la tumeur sans recourir à une incision complémentaire. Un coup de trocart à kyste fait écouler un liquide épais, crémeux, gris rosé, dont la quantité est de deux litres environ. La tumeur s'affaisse en partie. Le trocart est retiré; l'orifice occlus et j'entreprends l'extirpation de la poche; mais les diverses tentatives sont infructueuses. La poche adhère fortement en arrière et surtout en haut. Sa limite supérieure est impossible à trouver, elle se perd vers les régions rénales et hépatiques.

Cependant, pour être certain des connexions de cet étrange kyste, j'ouvre d'un coup de ciseau la partie antérieure de la poche, j'assèche avec de nombreuses compresses le contenu de celle-ci et j'explore son intérieur. Ma main rencontre en tous les points une paroi irrégulière, visqueuse encore du liquide qu'elle renfermait, mais on ne peut percevoir aucun rapport bien net avec les organes de l'hypocondre, étant donnée l'épaisseur de la paroi qui est bien d'un demi-centimètre. A ce moment, je fais mettre la main d'un aide dans la région lombaire pour repousser le rein en avant et faire ainsi un palper bi-manuel; je sens alors très nettement le rein qui est normal et situé en arrière et en haut de la poche. J'essaie à nouveau d'attaquer la poche en divers points de la zone supérieure; mes efforts sont vains et n'aboutissent qu'à ti-

railler les adhérences de la poche aux viscères voisins; aussi, par crainte de dégâts dans un organe voisin, je me décidais à n'extirper de la poche que la partie antérieure facilement isolable et à marsupialiser la partie postérieure adhérente. La manœuvre fut quelque peu malaisée, étant donné le trajet oblique qui devait suivre la poche pour atteindre la plaie abdominale médiane. La cavité est bourrée à la gaze iodoformée. Suture de la paroi.

Les suites furent normales; pas de température, la suppuration de la poche fut abondante à partir du quatrième jour, mais sans altérer gravement l'état général de la malade qui put se lever au bout de deux mois. Elle quitta l'Hôtel-Dieu en mars 1900, en parfaite santé; sa plaie abdominale est entièrement fermée, ses fonctions digestives s'exécutent bien.

#### OBSERVATION IV

(Georges PÉLISSIER, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1920).

Yvonne E..., 3 ans, entre le 28 janvier 1915, dans le service de M. le professeur Curtillet, d'Alger, que je supplée à cette époque.

Il y a une dizaine de jours, sa mère s'est aperçue que l'enfant avait une tuméfaction du côté droit du ventre. La fillette avait fait une chute cinq à six jours auparavant. Ni la malade, ni ses ascendants, ni ses collatéraux, ont d'antécédents pathologiques.

A l'examen, on voit tout d'abord une voussure du flanc droit étendue du rebord costal à la crête iliaque. Cette voussure a une courbe régulière. La peau qui la recouvre est de coloration normale. Il n'y a pas de circulation collatérale.

La palpation permet de déterminer cette tumeur qui descend en bas jusqu'à la ligne bi-épineuse, dépasse de deux travers de doigts la ligne médiane, fait une grosse saillie dans le flanc et semble en continuité avec le foie.

En avant de la tumeur on sent rouler sous le doigt un ruban intestinal à direction verticale. Est-ce le colon ascendant ?

La tumeur est légèrement arrondie et lisse, elle est nettement fluctuante. On peut mettre en évidence un frémissement hydatique très net.

La tumeur n'a aucune mobilité. Elle donne le contact lombaire; elle n'est pas douloureuse, il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

La percussion fait entendre une matité qui se continue avec la matière hépatique, mais le phoneudoscope placé sur le foie ne reçoit pas les vibrations produites par le frottement de la tumeur.

L'appareil respiratoire est normal, de même que les appareils digestif et urinaire. Ni sucre, ni albumine. Le diagnostic que la clinique suggérait était celui-ci : « Kyste hydatique sous-hépatique développé soit dans le rein droit, soit plutôt à la face inférieure du foie. » J'ai dû modifier ce diagnostic. La réaction de fixation deux fois répétée fut douteuse.

L'examen radioscopique n'apporta aucune notion nouvelle sinon que la tumeur était encore plus volumineuse qu'on n'eut pensé à la palpation. Un décalque montrait que sous le foie il existait une ombre limitée en dehors par une courbe régulière et d'un gris à peine plus fourni que l'ombre hépatique, descendant jusqu'à l'os iliaque, en contiguité, sinon en continuité avec le foie. Les limites de la tumeur vers la ligne médiane n'étaient pas franches. Le gros intestin, ni l'estomac, ne furent insufflés.

En position latérale, la masse liquide allait de l'une à l'autre paroi, d'avant en arrière. J'ai opéré la malade, incertain du diagnostic pour tumeur kystique sous-hépatique.

*Opération.* — Laparatomie latérale sur le bord du grand droit. Le ventre ouvert, la tumeur se présente tout de suite sans interposition d'intestin, mais partout recouverte de péritoine. Le mésocolon ascendant la recouvre en grande partie. Je la ponctionne immédiatement en dehors du colon avec une seringue et une aiguille fine. Je retire un liquide séro-hématique. Sans vider la tumeur, j'essaye d'amorcer le décollement colo-mésocolique. Ce n'est pas facile. Il n'y a nulle part de plan de clivage net. Je sépare cependant le mésocolon de la tumeur sur quelques centimètres, mais dans ce ventre exigü d'enfant de 3 ans, l'énorme masse liquide me gêne beaucoup; je vide alors le kyste par ponction et retire un peu plus d'un litre et demi de liquide séreux rosé.

J'ouvre alors largement la poche et peux me rendre compte par l'exploration intérieure de son étendue considérable. En ar-

rière, elle est au-devant et au contact du rein droit. Elle déborde légèrement la ligne médiane, au-devant de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux. Je vois et je sens battre l'aorte immédiatement sous la paroi postérieure du kyste. Il me semble téméraire de poursuivre un clivage difficile sur une surface aussi considérable et au contact de si dangereux voisins. Je prélève un fragment de poche kystique pour l'examen. J'exclus la grande cavité péritonéale et je marsupialise la poche. Drainage.

*Suites opératoires.* — J'abrège le récit des incidents que la marsupialisation et la suppuration consécutives ont entraînés avant la guérison de la malade.

On a visé à atteindre trois objectifs : atténuer la suppuration, empêcher la rétention et détruire tout revêtement épithélial, cause éventuelle de récédive.

Le lavage à l'éther, le siphonage de la poche, les attouchements au formol et au nitrate d'argent ont été concurremment employés.

La malade était guérie le 3 mai 1915.

#### OBSERVATION V

(BEUTNER, *Société médicale de Genève*, 1913).

Mlle E..., 37 ans, entre à l'hospice pour douleurs gastriques et des douleurs sourdes de l'abdomen. Elle marque de l'inappétence, de l'amaigrissement et une augmentation lente du volume de l'abdomen. Elle a été envoyée à la Maternité avec le diagnostic de kyste de l'ovaire.

A la palpation on trouve une résistance occupant tout le flanc droit, s'étendant en haut jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, dépassant à gauche, la ligne blanche de 3 cm. et atteignant à droite l'épine iliaque antéro-supérieure. La limite supérieure de la tumeur semble se prolonger jusqu'à la région lombaire droite. Le pôle inférieur est à deux centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur est peu mobile; elle présente une surface bosselée, résistante et ne se laisse pas déplacer dans le décubitus latéral gauche. Matité absolue dans tout le flanc droit. Le toucher vaginal est impossible

(Virgo). Au toucher rectal, on trouve un utérus fortement dévié à gauche et en arrière. On ne sent aucune tumeur dans le petit bassin. La cystoscopie et le cathétérisme des urétéres montrent que la vessie et les fonctions rénales sont normales.

*Opération.* — Laparatomie médiane haute; on constate entre les deux feuillets du mésocolon ascendant la présence d'une tumeur, irrégulière, bosselée, qui est un kyste mésentérique du mésocolon ascendant. Section et ligature des vaisseaux; énucléation de la tumeur. On ferme la cavité avec quelques points au catgut.

Suites opératoires normales.

*Examen.* — La pièce enlevée mesure  $20 \times 8 \times 8$  cm. et pèse 1.020 gr. C'est un kyste bosselé dont la moitié droite a la forme d'une cornemuse et la moitié gauche celle d'un boudin allongé, ressemblant au colon distendu. De ce côté les cordons fibro-vasculaires ont déterminé une sorte de segmentation qui donne tout d'abord l'impression d'un kyste multiloculaire, mais les différentes cavités communiquent largement entre elles, leurs parois sont minces et très résistantes.

## OBSERVATION VI

(J. DRUCBERT, *Loire médical*, 1907).

Femme de 38 ans, se plaignant d'une tumeur siégeant à la partie inférieure de la fosse iliaque droite, vient à l'hôpital le 19 novembre 1907. Elle ne pouvait fixer le début qui coïncidait avec des troubles digestifs vagues datant de cinq à six ans et accusés surtout depuis deux ans, la malade étant sujette à des poussées d'entérite muco-membraneuse.

Au point de vue génital, les règles reviennent tous les trente jours, mais la durée en a progressivement diminué pour tomber de quatre à un jour; à noter dans l'histoire de la malade, trois accouchements à terme et sans incidents, dont le dernier date de dix ans.

L'examen de la malade faisait percevoir au palper une tumeur

de la grosseur d'un poing arrondi et siégeant dans la fosse iliaque droite; elle était assez mobile et par le toucher vaginal on sentait l'utérus se mouvoir avec elle. Le cathéterisme utérin fut impossible à pratiquer à cause de l'étroitesse du col.

Etant donné ces signes et l'absence de métrorragies, je pensais à un fibrome sous-péritonéal ou à un kyste de l'ovaire en connexion avec l'utérus; la laparatomie montra l'erreur de ce diagnostic.

L'opération fut pratiquée le 29 novembre avec l'aide du Docteur S... Dès la mise en position de Trendelenbourg, on peut remarquer que la tumeur suivant le paquet intestinal, revenait de la fosse iliaque vers l'hypocondre. Le péritoine étant ouvert, on put du reste constater que l'utérus, quoique volumineux, ne contenait aucun fibrome et que la tumeur en était indépendante.

La malade étant remise en position horizontale, la tumeur glissa de nouveau dans la fosse iliaque et l'on put constater qu'elle siégeait le long du bord interne du colon ascendant au-dessous du péritoine. Pour éviter de blesser les arcades vasculaires, j'incisai le péritoine pariétal le long du bord externe de l'intestin qui fut attiré et récliné vers la ligne médiane pour que la tumeur puisse être attaquée par sa partie postérieure.

Elle se cliva très facilement d'avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque et d'avec le feuillet superficiel du mésocolon, sauf en un espace longitudinal constitué par la ligne d'insertion de nombreux vaisseaux nourriciers venant des vaisseaux coliques. La tumeur enlevée, la brèche péritonéale fut réparée par quelques points de catgut et un drainage à la Mikoultz laissé en contact.

La tumeur kystique enlevée, de la grosseur d'un poing, avait un contenu transparent légèrement albumineux et salé; sa paroi contenait une couche fibreuse, avec de nombreux vaisseaux, et à l'intérieur on trouvait un revêtement en tous points semblable à de l'endothélium péritonéal.

Les suites opératoires furent très simples; le drainage progressivement raccourci fut supprimé complètement dès le quatrième jour, et les selles sont apparues dès ce jour, avec lavements d'abord, puis spontanément.

#### OBSERVATION VII

(Spencer WELLS, *British Medical Journal*, 1882)

Femme âgée de 40 ans. Mariée à 18 ans; n'a pas d'enfants. A eu un accouchement prématuré quelques mois après son mariage; à noter trois avortements ensuite. N'a jamais été malade jusqu'à ces dernières années. Il y a quatre ans, a ressenti une douleur iliaque et a constaté une tuméfaction abdominale. Aucune tumeur n'a jamais été découverte avant 1881. A cette époque la tuméfaction augmente, avec une légère diminution apparente au moment des règles. Divers diagnostics furent posés; les uns dirent : affection de l'ovaire; les autres : affection utérine.

*Opération.* — On constate la présence d'une tumeur dure, avec origine évidente des tissus cellulaires de la racine du mésentère, près des vertèbres lombaires. Le colon ascendant était en rapport avec la tumeur, en avant et à droite. Toute la vascularisation venait des vaisseaux mésentériques. L'utérus et les ovaires étaient sains. Pas de drainage; la plaie a été suturee comme après l'ovariotomie.

La femme quitte l'hôpital le 12 juillet, 25 jours après l'opération.

#### OBSERVATION VIII

(LAUNAY, *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 1903).

Un homme de 32 ans, jusqu'alors bien portant, commence, en juin 1902, à présenter des douleurs intermittentes dans le côté gauche de l'abdomen. Un mois après, apparaît une tumeur au niveau du rebord thoracique du côté droit, mobile et passant facilement de droite à gauche. Cette tumeur grossit rapidement. A l'entrée du malade à l'hôpital, elle remplissait une grande partie de la région sous-ombilicale et paraissait située, à droite, dans le foie. Le diagnostic probable est : kyste hydatique de la face inférieure du foie.

*Intervention.* — Laparatomie médiane sous-ombilicale menant sur la tumeur qui apparut recouverte d'épiploon. Celle-ci dilacérée fait voir la paroi blanche et lisse de la tumeur. On la ponctionne au trocart et rien ne sortant, on l'incise. On voit apparaître une matière grasse, sébacée, qui ne laisse aucun doute sur la nature de la tumeur. Il s'agissait d'un kyste dermoïde que ses connexions dans les parties voisines permirent de localiser aisément dans le mésocolon transverse et ascendant. La tumeur adhère de toutes parts aux organes voisins. L'énucléation et la dissection en furent pénibles. Malgré cette opération laborieuse, les suites furent simples et le malade guérit. L'examen histologique de la paroi montra tous les caractères d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION IX  
(Frantz WIENNER, 1894)

Femme âgée de 37 ans, dont l'abdomen aurait grossi progressivement depuis six ans. Dans les deux dernières années, accroissement plus rapide avec douleurs lancinantes dans les régions lombaires. Le ventre est pendant et fortement distendu. La tumeur remonte en haut jusqu'au rebord costal et s'étend des deux côtés dans les hypocondres. La surface est lisse, molle, élastique avec sensation de flot. Dans le quart supérieur gauche de la tumeur on trouve le cœcum; par le toucher vaginal, l'utérus est franchement mobilisé, les annexes sont perceptibles.

On diagnostique un kyste de l'abdomen et on intervient par laparatomie. Celle-ci montre, à droite, dans la région lombaire, une tumeur à surface libre recouverte de péritoine, dont le cœcum occupe le segment supérieur gauche et le colon ascendant la face postérieure du kyste.

La ponction donne issue à 10 litres de liquide jaune verdâtre; l'extirpation se fait par voie transpéritonéale. Guérison. Le kyste est cylindrique et muqueux et on admet l'origine aux dépens d'un ovaire accessoire.

OBSERVATION X

(BEURNIER, *Société anatomique de Paris*, 1915, in-thèse de LÉVÊQUE, résumée).

Mlle B..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital le 28 août 1910, pour une tumeur de la région rénale droite. Pas d'antécédents pathologiques bien nets. Réglée normalement, n'a jamais rien eu du côté des reins. Il y a trois mois, a présenté quelques vagues troubles digestifs, anorexie, etc. Le 12 août, douleurs subites dans la région lombaire droite s'irradiant dans l'abdomen. Vomissements alimentaires, avec température à 38°. On constate la présence d'une tumeur qui était au préalable préexistante et n'avait entraîné aucun trouble notable.

Lorsque la malade entre à l'hôpital, la crise aiguë est passée. On constate une tuméfaction de la région abdominale droite en contact avec la paroi postérieure. La région lombaire droite est empâtée, si bien que l'on peut penser à quelque chose de rénal et périrénal. Cependant l'appareil uro-génital semble normal.

*Opération.* — 1<sup>er</sup> septembre. Incision de la région lombaire. Le rein est sain, mais en avant on trouve une poche liquide que l'on ponctionne. On retire un litre et demi de liquide hématique. Dans l'intérieur de la poche on trouve un petit conduit qui adhère à sa partie antérieure. On le résèque. Marsupialisation après excision d'une partie de la paroi kystique. Drainage et suture et un plan. Guérison trois semaines après.

*Examen du kyste* (M. Letulle). — La paroi interne du kyste hémorragique est en état inflammatoire et subit un processus néo-vasculaire identique à celui qui caractérise l'inflammation végétante d'une séreuse.

2° Le conduit, d'apparence intestinal, est composé d'une région centrale rappelant la coupe d'un minime appendice vermiforme de cæcum typique. Autour existe une coque connectivo-vasculaire qui parfait la gaine fibreuse du canal en question.

La coupe comprend la muqueuse intestinale à épithélium cylindrique et mucipare, avec un chorion au milieu duquel on voit

des glandes semblables à celles de Lieberkunn et des follicules muqueux ou muco-sous-muqueux. Au-dessus on a une musculairis mucosæ très petite, une couche sous-muqueuse et enfin une couche rappelant les couches musculaires de l'appendice.

Sur la bordure du conduit, nous trouvons des débris glandulaires d'origine dysembryoplastiques eux aussi. Seul le hasard nous permet de les découvrir. Ces glandes aberrantes sont des plus utiles à la démonstration de l'origine embryonnaire de l'ensemble des lésions.



## CONCLUSIONS

---

I. — Les tumeurs du mésocolon ascendant sont rares. Elles comprennent des tumeurs solides et des tumeurs liquides. Les tumeurs solides sont surtout des sarcomes. Les tumeurs liquides peuvent être des kystes sanguins, des kystes séreux, des kystes dermoïdes, des kystes wolffiens, des kystes hydatiques.

II. — Le diagnostic des tumeurs du mésocolon ascendant est des plus délicats. On se basera pour l'établir sur la mobilité de la tumeur, la zone de sonorité constituée par le colon interposé entre le kyste et la paroi abdominale et sur le déplacement dans le sens latéral.

III. — La complication sérieuse qu'est l'occlusion intestinale nécessitera une intervention d'urgence; aussi il conviendra de ne pas attendre cette grave complication.

IV. — L'intervention sera la laparotomie latérale sur le bord externe du muscle droit qui permettra d'aborder facilement la tumeur. On emploiera comme procédé de choix l'extirpation qui enlèvera la tumeur sans faire courir les risques d'une récurrence. La marsupialisation ne devra être faite que s'il est absolument impossible d'enlever la tumeur.

VU, BON A IMPRIMER :

*Le Président :*

GUYOT.

VU :

*Le Doyen :*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 juillet 1923.

*Le Recteur de l'Académie,*

F. DUMAS.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AUCAGNEUR. — Thèse d'agrégation, Paris, 1885. (Etudes des kystes du mésentère.)
- ARÉKION. — Thèse de Paris, 1891. (Etude sur les kystes du mésentère.)
- BRACQUEHAYE. — Des kystes du mésentère. (*Archives générales de Médecine*, Paris, 1876).
- COLLET. — Thèse de Paris, 1884. (Kystes du mésentère).
- DELMÉY. — Kystes du mésentère. Paris, 1891.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1888.
- MASQUERAY. — Etude sur les kystes hydatiques du mésentère. Thèse de Paris, 1895.
- LÉVÊQUE. — Thèse de Paris, 1911.
- COLLY. — *British Journal Medical*, 1906.
- DRUCBERT. — *Echo médical du Nord*, Lille, 1907.
- POTEL. — Société de chirurgie, 1904.
- TIMBALL. — Kystes sanguins du mésentère. *Revue de chirurgie*, 1910.
- DEAVER. — *Annals of Surgery*, 1909.
- ROQUES. — Thèse de Lyon, 1900.
- SCHMIDT. — Société de chirurgie, 1910.
- LAUNAY. — Société de chirurgie, 1903.
- CHARDON. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1906.
- FOSSARD et LECÈNE. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1900.
- MOYNIBRAM. — *The Medical Chronicle*, 1902.
- BAUMAN. — *The Lancet*, 1904.
- BOGERT. — *The Journal of the American Medical Assoc.*, 1909.
- MAKINS. — *Annals of Surgery*, 1911.

- DEAVER. . . *Annals of Surgery*, 1911.
- GAZANIOL. — Thèse de Montpellier, 1919.
- CHEYROUZE. — Thèse de Bordeaux, 1914.
- TORD. — Thèse de Bordeaux, 1919.
- MOIROUD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1912.
- LETULLE. — *Presse Médicale*, Paris, 1899.
- VILLAR (F.). — Tumeurs du mésentère. Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1899.
- BÉCOUIN. — *Revue de chirurgie*, 1898.
- PROUST et MONOD. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, septembre 1912. (Contribution à l'étude des kystes du mésentère).
- BROCA et DANIEL. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1905.
- DONA. — Thèse de Bordeaux, 1917.
- BLANC. — *Revue de chirurgie et médecine pratiques*. Madrid, 1911.
- PAKOWSKI. — *Archives générales de chirurgie*, 1912.
- MÉRIEL. — Tumeurs solides de l'ovaire. Rapport au VI<sup>e</sup> Congrès national de gynécologie (Toulouse, septembre 1910).
- JACQUOT et FAIRISE. — Recherches sur les kystes péritonéaux d'origine wolfienne. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1913.
- DORÉ. — De la valeur de la mobilité dans le diagnostic des tumeurs du mésentère. Toulouse, 1919.
- GUYOT et CHAVANNAZ. — Tumeurs du mésentère. Traité de Le Dentu et Delbet, 1913.
-

Imprimerie  
SAMIE FILS FRÈRES  
8, Rue de Cursol  
BORDEAUX



